Para aquellos casos relacionados con una denegación de un tratamiento supuestamente cubierto por la póliza, la compañía aseguradora tiene que enviar al Departamento de Seguros una copia de su póliza (o un documento parecido), todo archivo médico pertinente, y una descripción de los fundamentos usados para tomar la decisión. El Departamento tiene 5 días hábiles para examinar esta información y para determinar si la póliza cubre la reclamación denegada. Si el Departamento no puede tomar una decisión al respecto, se puede someter el caso a la consideración del árbitro.

Tanto la decisión del árbitro como la del Departamento de Seguros son vinculantes para usted y la compañía aseguradora, independientemente de si usted o ésta no están de acuerdo con la decisión. Al terminar la Revisión Independiente, usted o la compañía aseguradora puede recurrir a los tribunales para apelar la decisión.

Quiénes no reunen los requisitos necesarios para entablar el proceso de la apelación

Aquellas personas que tienen cobertura por medio de un HMO de Medicare, un plan de seguros de empleados federales, o las personas que se auto aseguran no pueden participar en el proceso de apelación descrito en el presente folleto. Las quejas y disputas con el plan de Compensación al Trabajador (Worker's Compensation) tampoco pueden recurrir al proceso de apelación. Estos planes tienen su propio proceso de apelaciones que usted puede seguir, pero es muy posible que el proceso de apelación sea distinto al descrito en este folleto. Los temas relacionados con la calidad de la atención médica suministrada por un doctor, la reducción de beneficios debidos a límites de cargos, los deducibles y coordinación de beneficios tampoco son causa para iniciar el proceso de apelaciones de atencion médica. Para hacer preguntas pertinentes a su plan, usted debe llamar a su compañía aseguradora.

Consejos útiles

En caso que resuelva presentar una apelación con su compañía aseguradora, incluya toda la documentación necesaria que le sea posible que demuestre que el servicio o solicitud de pago denegados han de ser cubiertos por su póliza. Cuando presente una Revisión Médica Urgente, adjunte certificación médica que indique que el retraso del tratamiento tendría un efecto negativo en su condición médica. Recuerde que no puede solicitar ninguna Revisión Independiente sin antes haber completado una Apelación Formal, Reconsideración Informal, o una Revisión Médica Urgente.

También recuerde por favor, que esto es sólo una breve descripción de cómo funciona generalmente el proceso de apelación en la mayoría de las compañías aseguradoras. Puede haber diferencias de una compañía a otra. Consulte el Paquete de Información del Proceso de Apelaciones Relacionadas con la Atención Médica (Health Care Appeals Information Packet), a su disposición con su agente de seguros para más detalles acerca de cómo su compañía aseguradora maneja las apelaciones.

Las personas con impedimentos pueden solicitar que se les presenten los documentos en otros formatos. Deben ponerse en contacto con la coordinadora de ADA al teléfono (602) 912-8446. Las solicitudes deben hacerse lo antes posible para dar tiempo de conseguir los documentos en otros formatos.

DEPARTAMENTO DE SEGUROS DEL ESTADO DE ARIZONA

2910 North 44th St.,

Suite 210, Phoenix, AZ 85018-7256

(602) 912-8444, FAX: (602) 912-8453

Pagina del Web: www.state.az.us/id

Departamento de Seguros del Estado de Arizona

Guia Para el Consumidor Para

APELACIONES CONCERNIENTES A SEGUROS O SERVICIOS MEDICOS

JANE DEE HULL

GOBERNADORA

CHARLES R. COHEN

DIRECTOR

Junio 2000

RESUMEN DEL PROCESO DE APELACIONES RELACIONADAS CON LA ATENCION MEDICA EN ARIZONA

El objetivo de este folleto es consiste en ofrecer una descripción breve del proceso de apelaciones relacionadas con la atención médica. Una explicación más detallada se encuentra en el paquete de Información del Proceso de Apelaciones Relacionadas con la Atención Médica (Health Care Appeals Information Packet) que usted puede obtener de su compañía aseguradora. Si usted presenta una queja ante el Departamento de Seguros relacionada con la denegación de su reclamación o de atención médica que está sujeta a un proceso de apelaciones, el Departamento requiere que usted continúe el proceso de apelaciones con su compañía aseguradora. El Departamento no responderá a su queja durante el proceso de apelaciones, excepto en la medida que esta queja alegue una violación independiente del Código de Seguros, aparte de la denegación de su reclamación o de su solictud para atención médica.

¿En qué consiste el proceso de apelaciones relacionadas con la atención médica?

A partir del primer de julio de 1998 la ley de Arizona requiere que las compañías aseguradoras, HMOs, planes dentales, planes dentales pagados por adelantado, y planes de visión ofrezcan a sus miembros asegurados una manera de apelar la denegación de una reclamación o de atención médica. El proceso de apelaciones está disponible para los residentes de Arizona que han experimentado la denegación de una reclamación o de atención médica a partir del primero de julio de 1998. Una "reclamación denegada" ocurre cuando usted ya ha recibido atención médica y ha presentado una reclamación, pero la compañía aseguradora la ha denegado. La "atención médica denegada" ocurre cuando el plan se niega a autorizar atención médica que se incluye en el plan como una referencia a un especialista, o el plan se niega a autorizar por adelantado cualquier tratamiento o procedimiento que usted o su doctor/médico cree que sea médicamente necesario e incluido en su póliza. Por favor tome en cuenta que el proceso de apelaciones normalmente no sucederá a menos que usted especificamente haya pedido que su compañía aseguradora o plan reconsidere la decisión de denegar una reclamación o atención médica. El proceso de apelaciones consiste en cuatro etapas de revisión:

1. Revisión Médica Urgente
2. Reconsideración Informal
3. Apelación Formal
4. Revisión Independiente a cargo de un árbitro

Revisión Médica Urgente

La Revisión Médica Urgente se aplica normalmente en caso de que se le niegue la atención médica cuando su médico (o quien suministre la atención médica) certifique por escrito que si se retrasa el servicio de atención médica podría afectar negativamente su condición médica. La compañía aseguradora o el plan de salud debe tomar una decisión en el lapso de un día hábil después de revisar la certificación de su médico y la documentación necesaria, y notificarle a usted y a su médico sobre la decisión. Si su compañía aseguradora o plan de salud aún considera que no debería cubrir la atención médica solicitada después de concluirse el proceso de la Revisión Médica Urgente, usted puede entonces cursar una Apelación Formal, que se describe abajo.

Reconsideración Informal

La Reconsideración Informal es el primer paso en los procesos de apelación en los casos en que se le haya negado la atención médica y usted no cumpla los requisitos para la Revisión Médica Urgente. Puede solicitar Reconsideración Informal llamando, escribiendo o enviando su solicitud por fax a su compañía aseguradora. Tiene hasta dos años después de que su compañía aseguradora niegue su solicitud de atención médica cubierta por el seguro para solicitar una Reconsideración Informal. La compañía aseguradora tiene 30 días para tomar una decisión y notificarle a usted y a su médico o a quien esté suministrando la atención médica de los resultados. En los casos de las reclamaciones denegadas, algunas compañías aseguradoras pueden permitirle pasar por el proceso de Reconsideración Informal o pueden exigirle que haga directamente una Apelación Formal. Si la compañía aseguradora continua rechazando su solicitud de atención médica (o reclamación, si es aplicable) después de que el proceso de la Reconsideración Informal ha concluido, entonces usted puede cursar una Apelación Formal.

Apelación Formal

Sí después de haber entregado una Revisión Médica Urgente o una Reconsideración Informal la compañía aseguradora niega su solicitud para cubrir la atención médica, usted puede exigir una Apelación Formal. Después de que termine la Reconsideración Informal de la atención médica denegada, usted tiene una plaza de 60 diás para pedir una Apelación Formal. También al nivel de la Apelación Formal usted puede pedir que la compañía de seguros revise cualquier reclamación denegada hasta dos años después del útlimo rechazo. Para cualquier caso de atención médica denegada la compañía aseguradora tiene 30 días para tomar una decisión. Para una reclamación denegada, la compañía aseguradora tiene 60 días para tomar una decisión e informarle de la misma. Asímismo, la compañía aseguradora notificará a su doctor y al profesional que lo está tratando. Si todavía ésta niega su solicitud para la atención médica o la reclamación de algún servicio, se puede exigir una Revisión Independiente.

Revisión Independiente

Después de que la compañía aseguradora le avise sobre la denegación de su Apelación Formal, uno tiene 30 días para pedir la Revisión Independiente. Para aquellos casos relacionados con un asunto de necesidad médica, la compañía aseguradora le enviará al árbitro una copia de todo antecedente médico pertinente y cualquier documento usado para tomar la decisión. Por lo regular el árbitro es un doctor certificado por el consejo o un doctor que podría ser certificado en su campo. El árbitro no puede tener ninguna relación directa de carácter financiera con su caso. Al recibir su petición para una Revisión Independiente la compañía aseguradora tiene 30 días para avisarle a usted y a su doctor (o profesional que lo está tratando) sobre la decisión del árbitro.